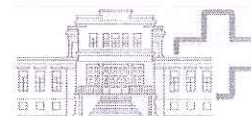




4η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο»



ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

www.ippokratio.gr

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ταχ. Διεύθυνση: Κωνσταντινουπόλεως 49

Ταχ. Κώδικας: 54642

Πληροφορίες: Γ. Γεωργαντά

Τηλ: 2313 312202

Email:hr2@ippokratio.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Θεσσαλονίκη, 02.01.2025

Αρ.πρωτ: 109

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Θέμα: : «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τη συνεργασία του ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ τέσσερις (4) ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»

Ο Διοικητής του Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7, παρ. 8 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α' /4.4.2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» περί αρμοδιοτήτων του Διοικητή, όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
2. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.13952/03-03-2023 Απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας, περί διορισμού του Προσωρινού Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", αρμοδιότητας 4ης Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης (ΦΕΚ 204/τ.ΥΟΔΔ/07-03-2023 όπως διορθώθηκε με το ΦΕΚ 284/ τ.ΥΟΔΔ/31-3-2023).
3. Την υπ' αριθ. Υ4α/οικ.123820/31-12-2012 Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών-Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης –Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού – Υγείας, αναφορικά με τον ισχύοντα Οργανισμό του Νοσοκομείου μας (ΦΕΚ 3485/τ.Β'/31.12.2012).
4. Τον ενοποιημένο Οργανισμό του Γ.Ν.Θ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" και του Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης (ΦΕΚ 3515/τ.Β'/31-12-2012).
5. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
6. Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ. 4 του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ 145/τ. Α'/05-08-2016)
7. Τις διατάξεις του Ν. 4622/2019 (ΦΕΚ 133/Α/2019).
8. Το απόσπασμα πρακτικών της 23^{ης}/17.10.2024 (θέμα 2^ο) συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ.
9. Την αριθ. πρωτ. 49423/06-11-2024 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ.



10. Την αριθμ.Γ4β/62768/20-12-2024 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ με τέσσερις (4) ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών» (αρ.πρωτ.εις.εγγ. 57002/23-12-2024).

ΑΠΕΥΘΥΝΕΙ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

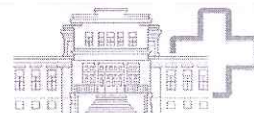
Συνεργασίας με τέσσερις (4) ιδιώτες ιατρούς των παρακάτω ειδικοτήτων, υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για διάρκεια ενός (1) έτους, για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του φορέα σε ιατρικό προσωπικό.

- 1 ιατρός ειδικότητας **Παιδιατρικής με εξειδίκευση στην ΜΕΝ Νεογνών**, για πέντε (5) εργάσιμες ημέρες/εβδομάδα, πρωινό ωράριο και έως έξι (6) εφημερίες/μήνα, με μικτές αποδοχές έως 3.100,00€ για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών της ΜΕΝΝ ΑΠΘ του Νοσοκομείου.
- 1 ιατρός ειδικότητας **Καρδιολογίας**, για πέντε (5) εργάσιμες ημέρες/εβδομάδα, πρωινό ωράριο και έως έξι (6) εφημερίες/μήνα, με μικτές αποδοχές έως 3.100,00€ για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών της Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ του Νοσοκομείου.
- 1 ιατρός ειδικότητας **Χειρουργικής**, για πέντε (5) εργάσιμες ημέρες/εβδομάδα, πρωινό ωράριο, με μικτές αποδοχές έως 2.000,00€ για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών της Ε' Χειρουργικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου.
- 1 ιατρός ειδικότητας **Πλαστικής Χειρουργικής**, για τρεις (3) εργάσιμες ημέρες/εβδομάδα, πρωινό ωράριο, με μικτές αποδοχές έως 1.040,00€ για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του Ειδικού Κέντρου Μελανώματος και Καρκίνου του Δέρματος του Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης.

Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου και υπό την εποπτεία του Διευθυντή του Τμήματος/Κλινικής που υπάγεται και υπηρετεί.

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.



6. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
7. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
8. Εφόσον επιλεχθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (Παράρτημα Ι).
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.
4. Αντίγραφο πτυχίου. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.
5. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.
6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας.
7. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
9. Φορολογική ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1. Κατοχή μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος
2. Μετεκπαίδευση.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά στην διεύθυνση:

«ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 49, ΤΚ 54642, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ»

με την ένδειξη

«για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό».

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για τις θέσεις, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία επτά (7) ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής,



4η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο»



ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

www.ippokratio.gr

δηλαδή από 02-01-2025 έως και 09-01-2024.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο **ΔΙΑΥΓΕΙΑ** και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (www.ippokratio.gr). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην **4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης** και κοινοποιείται στον **Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο** και στον **Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης**.

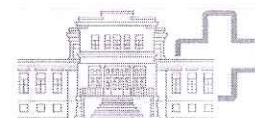
Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ



4η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο»



Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

www.ippokratis.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ_ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ
ΘΕΣΗ:.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

A) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ..... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

B) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρόταση μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή

